

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1933-1934 N° 7

Travail de la Clinique Chirurgicale
de Monsieur le Professeur Tixier

Contribution à l'étude
des différentes incisions
menant sur les voies biliaires
(à propos de 168 observations)

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 7 Novembre 1933

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Jean RIMBAL

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

Né le 25 Octobre 1909, à NIMES (Gard)



LYON

BOSC Frères, M. & L. RIOU

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

42, Quai Gailleton, 42

1933

Contribution à l'étude des différentes incisions
menant sur les voies biliaires



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1933-1934 N° 7

Travail de la Clinique Chirurgicale
de Monsieur le Professeur Tixier

Contribution à l'étude
des différentes incisions
menant sur les voies biliaires
(à propos de 168 observations)

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 7 Novembre 1933

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Jean RIMBAL

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

Né le 25 Octobre 1909, à NIMES (Gard)



LYON

BOSC Frères, M. & L. RIOU

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

42, Quai Gailleton, 42

1933

PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyen honoraire	M. L. HUGOUNENQ
Doyen	M. J. LEPINE
Assesseur	M. A. MOREL

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CAZENEUVE, ROQUE, LANNOIS, HUGOUNENQ, ROCHET, BARRAL, ROLLET, DOYON

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. PIC
Cliniques chirurgicales	PAVIOT
Clinique obstétricale et Accouchements	TIXIER
Clinique ophtalmologique	BERARD
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	VORON
Clinique neurologique et psychiatrique	BONNET
Clinique des maladies des enfants	NICOLAS
Clinique des maladies des femmes	LEPINE (J.)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURIQUANT
Clinique des maladies des voies urinaires	VILLARD
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie	COLLET
Clinique et prophylaxie de la tuberculose	GAYET
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	NOVE-JOSSERA...
Chimie biologique et médicale	COURMONT
Chimie organique et Toxicologie	CLUZET
Matière médicale et Botanique	FLORENCE
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	MOREL
Anatomie	MANCEAU
Histologie	GUIART
Physiologie	LATARJET
Pathologie externe	POLICARD
Pathologie interne	HERMANN.
Pathologie et Thérapeutique générales	LERICHE
Anatomie pathologique	FROMENT
Chirurgie opératoire	CADE
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie	FAVRE
Médecine légale	FATEL
Hygiène	ARLOING (F.)
Thérapeutique	Etienne MARTIN
Pharmacie et Pharmacologie	ROCHAIX
Hydrologie thérapeutique et climatologie	SAVY
	LEULIER
	PIERY

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Propédeutique de gynécologie	MM. CONDAMIN
Chargé d'un cours d'Anatomie médico-chirurgicale	THEVENOT (Léon)
Chargé d'un cours d'Embryologie	NOEL

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Chirurgie expérimentale	MM. TAVERNIER
Stomatologie	PONT

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
MAZEL	WERTHEIMER	EFARVIER	CREYSSEL
DUMAS	GATE	GUILLEMINET	DE ROUGEMONT
DUFOURT	DECHAUME	MORENAS	PAUPERT-
DEVIC	BERNHEIM	REBATTU	RAVAULT
GABRIELLE	POLLOSSON	REVOL	PIGEAUD
MARTIN (Joseph)	CHAMBON	ENSELME	PONTHUS
ROCHET (Ph.)	CIBERT	SEDALLIAN	

EXAMINATEURS DE LA THESE

MM. TIXIER, président : ROCHET, assesseur,

WERTHEIMER et POLLOSSON

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MA MÈRE

En gage d'affection et de vive reconnaissance pour tous les sacrifices qu'elle a consentis pour moi.

A MON PÈRE

A MES GRANDS-PARENTS

A MA SŒUR

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LOUIS TIXIER

*Professeur de Clinique Chirurgicale
à la Faculté de Médecine de Lyon
Officier de la Légion d'Honneur*

Qu'il veuille bien trouver ici nos
remerciements respectueux et re-
connaissants pour le grand hon-
neur qu'il nous a fait en acceptant
la présidence de notre thèse.

A NOS JUGES

A MONSIEUR LE DOCTEUR F. CARCASSONNE
Professeur Agrégé à la Faculté de Médecine de Marseille

Nous le prions d'accepter nos remerciements et l'assurance de notre profonde gratitude pour la collaboration précieuse qu'il nous a apportée dans l'élaboration de ce travail.

A MES MAÎTRES CIVILS ET MILITAIRES

Avant-propos

Avant d'aborder ce travail, il est un devoir qu'il nous tient à cœur d'accomplir : c'est celui d'exprimer notre profonde gratitude envers ceux qui, par leurs savantes leçons et par leurs bienveillants conseils, ont dirigé nos premiers pas dans la carrière médicale. Il nous faudrait nommer chacun de nos Maîtres de la Faculté et des Hôpitaux civils et militaires ; nous les réunissons tous dans une même pensée de reconnaissance et de respect.

Contribution à l'étude des différentes incisions menant sur les voies biliaires

Introduction

L'étude des incisions menant sur les voies biliaires peut paraître hors de propos. Chaque chirurgien emploie avec prédilection l'incision qu'il préfère et chacun vante les qualités de la voie d'abord qui lui est particulière.

En réalité, nous sommes persuadé que toutes les incisions sont bonnes, à condition qu'elles soient familières à celui qui les utilise. Néanmoins, la multiplicité même des voies d'accès sur le pédicule hépatique semble bien prouver qu'aucune incision en elle-même n'est parfaite et qu'il importe de chercher, à la lumière d'observations, celle qui donne le plus de facilité d'action. C'est l'étude à laquelle nous nous sommes livré.

Nous avons pu colliger dans le Service de M. le Professeur Tixier 224 observations de malades présentant des troubles hépatiques. Sur ces 224, 168 intéressent à proprement parler la chirurgie des voies biliaires. Nous avons essayé d'assembler les faits, de convoquer les malades et, ainsi, de l'étude des résultats éloignés, nous avons essayé de tirer des conclusions sur

la valeur comparée des différentes incisions utilisées par la chirurgie hépatique.

Il n'est pas toujours facile de faire revenir les malades à l'hôpital ; nous avons pu, cependant, baser nos statistiques sur 63 observations d'anciens opérés qui ont répondu à notre appel et ont été examinés par nous.

Nous savons bien que l'on ne peut tirer aucune conclusion de chiffres, mais nous pensons néanmoins que les observations que nous avons étudiées, nous permettent d'établir des conclusions qui viennent corroborer l'expérience de notre Maître, M. le Professeur Tixier.

Notre travail se divise en deux parties : nous avons voulu, dans un premier chapitre, étudier rapidement les multiples incisions qui donnent jour sur l'hypocondre droit. Notre pensée n'a pas été de préciser dans le détail anatomique telle ou telle voie d'abord, mais de schématiser les avantages et les inconvénients de chacune d'elles.

Dans un deuxième chapitre, nous avons exposé nos résultats : on nous excusera de les avoir présentés en bloc.

Enfin, nous avons dégagé les conclusions qui découlent de telles observations.

Nous n'avons eu d'autre but que de faire profiter de la grande expérience de notre Maître et du résultat de ses nombreuses interventions.

CHAPITRE PREMIER

De la valeur des différentes incisions portant sur les voies biliaires

Toutes les incisions ont été utilisées : verticales, transversales, obliques, combinées, médianes, paramédianes. Cette multiplicité, comme nous le disions, montre qu'aucune n'est parfaite. Elles ont toutes des avantages ; aucune n'est dépourvue d'inconvénients.

A. — INCISIONS VERTICALES

Elles peuvent être médianes, paramédianes.

a) *Médianes*. — C'est la voie préférée par les auteurs allemands et par M. le Professeur Gosset, qui en a vanté à plusieurs reprises les avantages. Actuellement, il l'utilise dans presque tous les cas.

Cette laparotomie est sus-ombilicale : elle doit, pour être utilisable, partir de la pointe de l'appendice xyphoïde et dépasser l'ombilic au-dessous ; c'est donc une grande laparotomie sus-ombilicale. Grâce à deux écarteurs d'Hartmann, placés sur la lèvre droite de l'incision, la paroi est suffisamment réclinée pour

qu'apparaisse la vésicule biliaire et le pédicule hépatique.

Pour les auteurs parisiens, cette voie d'abord facilite la ligature du pédicule cystique, l'exploration et le drainage du pédicule hépatique. Pour M. le Professeur Tixier elle ne paraît pas être toujours commode, surtout sans incision de décharge sur le muscle grand droit. En particulier, chez des sujets gras, l'exploration du pédicule hépatique est rendue difficile ; surtout, du fait que cette voie d'abord ne tombe pas directement sur le carrefour hépatique, elle n'est pas parfaitement favorable au mècheage et au drainage.

C'est pourquoi les auteurs américains, à la suite de Cryle et Mayo, préfèrent utiliser une incision médiane, mais légèrement déportée à droite, de telle sorte qu'elle incise le bord interne de la gaine du grand droit du côté droit. Le muscle est alors injecté par une solution de novocaïne à 2 % (20 à 30 cm³). On réalise ainsi ce que Cryle a appelé l'anoci-association : le muscle devient flasque, il est facilement attiré en dehors, et lorsque le feuillet postérieur et le péritoine sont incisés, on arrive directement sur les voies biliaires.

L'avantage de cette voie, que nous n'avons jamais vu utiliser par M. le Professeur Tixier, est certain ; le jour obtenu par les auteurs américains est énorme.

Nous ne lui reprochons qu'un seul défaut, considérable à nos yeux : Où faire le drainage lorsque celui-ci s'impose ? A travers le muscle cela paraît irrationnel et, quoique les résultats publiés par les Amé-

ricains soient bons, nous ne pensons pas que ce soit la voie idéale d'accès sur les voies biliaires.

b) *Paramédianes*. — A ces incisions médianes s'opposent les paramédianes. Nous ne citerons que pour mémoire l'incision de Jalaguier, basse, qui emprunte la gaine du droit et qui, de ce fait, ouvrant la gaine, expose le muscle à des contaminations. De plus, c'est une incision d'appendicite, et ce n'est que lorsque le diagnostic est flottant entre cholécystite et appendicite que l'on est autorisé à l'employer.

Il n'en est plus de même de l'incision de Récamier, incision haute, qui, passant dans la gaine ou en dehors de la gaine du droit, permet d'arriver directement sur la vésicule pointant au niveau de l'extrémité supérieure de la plaie. L'incision de Récamier, à elle seule, peut suffire pour pratiquer les cholécystectomies lorsque la vésicule est flottante, le foie facilement extériorisable et le pédicule visible parfaitement. Elle est suffisante également pour pratiquer une cholécystostomie : nous l'avons dit, la vésicule pointe au bord supérieur de la plaie ; il n'est pas difficile alors de pratiquer une opération peu mutilante à ce niveau.

Mais surtout *l'incision de Récamier est une incision d'exploration*. M. le Professeur Tixier insiste sur ce fait qu'elle permet d'explorer la vésicule, le cystique, le cholédoque, le pancréas. On peut ainsi, d'un doigt explorateur, vérifier un diagnostic souvent pendant, et cela sans avoir réalisé une grande laparotomie, et surtout sans avoir sectionné le droit sur toute sa longueur.

Mais l'incision de Récamier présente un grave inconvénient : faite au bord externe du grand droit, elle supprime la vascularisation et l'innervation supérieure de ce muscle : d'où atrophie certaine du Droit.

On a incriminé l'incision de Récamier dans la production de nombreuses éventrations.

M. le Professeur Tixier a réalisé 60 incisions du type Récamier. 23 de nos malades n'ont pas répondu à notre appel ; elles sont cependant sorties du service sans éventration ; 20 sont mortes ; 5 ont été revues à longue échéance avec des éventrations peu importantes ; 13 enfin n'avaient aucune trace d'éventration. C'est dire qu'il ne faut pas incriminer l'incision seule. Des conditions accessoires viennent se faire jour : la présence ou l'absence de drainage, des suites opératoires idéales ou troublées conditionnent certainement la production d'incidents du côté de la paroi.

Aussi, malgré ses inconvénients, l'incision de Récamier doit être, à notre avis, le premier temps de toute intervention sur les voies biliaires. M. le Professeur Tixier insiste sur son utilité. Elle permet de voir la lésion, de faire le bilan des désordres anatomiques.

A elle seule, cependant, elle n'est pas suffisante, et ne donne pas tout le jour nécessaire à une intervention sur les voies biliaires. Mais avec quelle facilité, lorsque le diagnostic est confirmé à la vue et au doigt, on peut brancher sur elle une incision perpendiculaire ou oblique, et compléter ainsi une incision du type Kehr ou Mayo-Robson.

De même, lorsque le diagnostic s'est avéré erroné, on peut facilement réparer la brèche ; ou bien dans

les cas douteux où le diagnostic hésite entre appendicite ou cholécystite, explorer la fosse iliaque en même temps que l'hypocondre droit.

L'incision de Récamier, le Jalaguier doivent être considérés comme des incisions exploratrices. Elles ne donnent, en dehors de la cholécystogastrostomie ou de la cholécystostomie, qu'un jour insuffisant pour aborder le pédicule hépatique, ou dans la profondeur, le canal et les vaisseaux cystiques. Elle doit être le premier temps d'une incision combinée, le temps explorateur ou diagnostic.

B. — INCISIONS TRANSVERSALES ET OBLIQUES

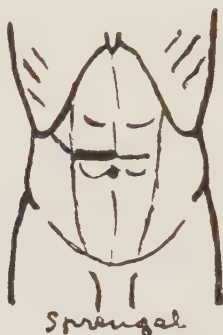
La crainte de sectionner les nerfs du muscle grand droit et de contribuer ainsi à son atrophie a fait utiliser aux auteurs des incisions transversales ou obliques.

A ces incisions, pendant longtemps s'est adressé le reproche suivant : elles sectionnent toutes les fibres du grand droit perpendiculairement. La restauration de ce muscle est, de ce fait, difficile ; mais, surtout, la difficulté augmente si l'intervention nécessite un drainage.

A cela les partisans de ces incisions transversales ou obliques répondent : la section perpendiculaire des fibres du grand droit n'a que peu d'importance, à condition qu'on prenne la peine de reconstituer sinon le muscle, du moins la gaine du Droit. Certes, les fibres musculaires saignent, et ceci nécessite une hémostase soignée, d'autant plus qu'il s'agit d'hépatiques ; mais

le drainage peut se faire en dehors de la gaine du Droit, et l'on sait, par l'étude des résultats éloignés que ces incisions transversales ou obliques n'entraînent pas plus d'éventrations que les autres.

Enfin, à condition de bien placer son malade, le jour assuré est excellent ; et c'est pourquoi bon nombre de chirurgiens réalisent toutes les interventions biliaires par leur intermédiaire.



Sprengel, à deux travers de doigt au-dessous du rebord costal, sectionne le grand droit et arrive ainsi directement sur le pédicule hépatique.

Cette use d'un artifice qui modifie légèrement le pronostic d'une telle incision transversale. Il sectionne en dehors du grand droit et sous le rebord costal les muscles larges de l'abdomen, il ouvre la gaine du Droit dans toute sa largeur et au moyen de l'écarteur de Gosset, il récline en dedans le muscle droit, après avoir libéré les fibres musculaires. Ainsi est ménagée la sangle abdominale, la restauration étant assurée sans suture du muscle droit : celui-ci revenant sur lui-même couvre une partie de la plaie opératoire. Il

est certain que ce procédé est séduisant, qu'il doit être utilisé comme premier temps d'exploration des voies biliaires. On est toujours à temps, si l'on est trop gêné, de sectionner en travers le grand droit afin d'obtenir le jour nécessaire.

Gosset, pendant longtemps, a préconisé une incision transversale siégeant à trois travers de doigt au-dessus de la ligne ombilicale, coupant tous les plans de la paroi en travers depuis la peau jusqu'au péritoine, y compris le muscle droit dans toute sa largeur entre les deuxièmes et troisièmes intersections aponévrotiques. Gosset prolonge d'ailleurs cette incision aux deux extrémités : en dehors par un bras qui monte obliquement et suit la direction des fibres du grand oblique ; en dedans, par une incision qui, au gré des besoins, entame la gaine du muscle grand droit du côté opposé, et même, si besoin est, sectionne ce muscle dans toute sa largeur.

On conçoit quelle mutilation importante fait subir à la paroi abdominale une telle balafre.

Certes, de grandes incisions sont nécessaires pour réaliser une chirurgie aussi difficile que la chirurgie biliaire. Peut-être n'est-il pas besoin cependant d'arriver à de tels délabrements et son auteur lui-même l'a pensé, puisqu'actuellement il préfère, dans toute opération sur les voies biliaires, utiliser la laparotomie médiane avec parfois incision de décharge perpendiculaire, sur le muscle droit du côté droit.

Enfin, il est sûr que cette incision à deux travers de doigt au-dessus de la ligne ombilicale est excellente pour voir le cholédoque ; mais lorsque le foie est ré-

tracté, fixé au-dessous des fausses côtes, il est difficile d'arriver à explorer le cystique, et parfois même de fibérer la vésicule, ceci de l'aveu même de son auteur.

Nous ne voulons pas insister sur les variations qu'ont fait subir à l'incision de Sprengel, MM. Kausch et Rio-Branco. Ces auteurs ont suivi le principe général qui fait épargner les filets nerveux du grand droit au prix de la mutilation plus considérable encore des fibres musculaires de ce muscle.

Un mot doit être dit sur les incisions obliques : Kocher s'est fait le défenseur d'une incision parallèle au rebord costal, située à deux travers de doigt au-dessous de lui, qu'il recourbe, selon les besoins, à ses extrémités : en haut sur la ligne médiane ; en bas le long du bord externe du Droit.



Il est certain qu'anatomiquement parlant, cette incision donne un très large jour sur l'hypocondre droit, mais, à notre sens, elle est très mutilante et, peut-être, de toutes les incisions, celle qui sacrifie le plus de filets nerveux et de fibres musculaires. En effet, en

coupant le muscle obliquement, un certain nombre de filets nerveux sont intéressés, mais surtout on sacrifie le muscle dans sa plus grande largeur, au ras de ses insertions costales. De ce fait, sa restauration est problématique.

D'ailleurs, sur 10 malades qui ont subi l'incision de Kocher, dans le service du Professeur Tixier, 3 présentaient de très larges éventrations pour lesquelles ne pouvait se poser aucune indication de restauration.

Et c'est pourquoi, devant les discussions que soulèvent incisions verticales, obliques, transversales, les auteurs ont eu l'idée d'employer, suivant la nécessité, les incisions combinées.

C. — INCISIONS COMBINÉES

Nous ne citerons que pour mémoire l'incision de Mayo-Robson qui, même modifiée par Villard, n'est qu'une combinaison de l'incision transversale et du Récamier.

Nous insisterons surtout sur une incision que nous avons vu très souvent pratiquer dans le service de M. le Professeur Tixier ; c'est dire combien elle est appréciée par notre Maître : l'incision de Kehr.

Nombreux sont ses avantages : elle montre exactement tout le pédicule hépatique ; elle favorise le drainage.

Elle est très mutilante peut-être, mais les résultats qu'elle donne sont en désaccord absolu avec l'impression que l'on peut avoir en cours d'intervention. Sur 30 malades revues, 4 seulement présentaient de mini-

mes éventrations ; encore la plupart avaient-ils subi un drainage soit par tube de caoutchouc, soit par mèches.

L'incision de Kehr, telle que la pratique M. le Professeur Tixier, a un autre avantage. On nous excusera d'insister sur cette particularité de technique qui nous a paru intéressante : M. le Professeur Tixier commence son incision au bord externe du grand droit et, dans un premier temps, se contente de l'incision pararectale qui correspond à l'incision de Récamier. Il peut ainsi explorer, au doigt et à la vue, le pédicule hé-



patique, le cystique, la vésicule, le pancréas, le duodénum. Il peut même, à bout de doigt, interroger la fosse lombaire. Si on juge à propos de ne faire qu'une cholécystogastrostomie, l'estomac peut être attiré, et par cette seule incision, l'opération réalisée.

Ce premier temps explorateur vérifie le diagnostic porté cliniquement, évite les erreurs et les inconvénients d'un large délabrement inutile.

Si le diagnostic est vérifié opératoirement, il est facile de compléter alors l'incision de Kehr en section-

nant le grand droit pour réaliser l'incision en baïonnette de l'auteur allemand. Le jour est alors très grand pour l'intervention qui, si besoin est, se termine par un drainage au niveau de la partie déclive.

L'incision faite ainsi en deux temps nous paraît être un idéal.

Comme nos résultats le prouvent, elle n'est pas plus mutilante qu'une autre et elle réduit au minimum les risques d'erreur de diagnostic.

Cette modification était à signaler, car elle présente l'intérêt de toute incision qui permet d'explorer dans un premier temps, au prix d'un délabrement peu important. Toutes les combinaisons d'incisions ont pu être utilisées, mais aucune n'a la précision anatomique du Kehr. Avec la modification que lui a fait subir notre Maître, le Professeur Tixier, elle reste une incision remarquable, très anatomique, qui assure un jour singulier, avec des résultats satisfaisants ; car ce n'est qu'à la lumière de ces résultats qu'il faut juger les incisions menant sur les voies biliaires.

CHAPITRE II

Observations

Il nous est impossible de publier *in extenso* les 167 observations des malades qui nous intéressent. Ces observations se trouvent dans les thèses qui ont été faites à Lyon, dans le Service du Professeur Tixier, par MM. Moura et Sabatier Paul. Nous n'avons retenu, à propos de chacune d'elles, que les détails relatifs aux incisions.

A. — OBSERVATIONS DES MALADES QUI ONT ÉTÉ REVUS PAR NOUS DANS LE COURANT DE L'ANNÉE 1933 ET POUR LESQUELS IL AVAIT ÉTÉ FAIT UNE :

a) *Incision de Kehr-Tixier* :

OBS. I. — Mme P..., 33 ans. Entre dans le service le 11-X-20 pour cholécystite calculeuse. Une incision pararectale droite permet de confirmer le diagnostic. On transforme l'incision en Kehr et on fait une cholécystectomie sous-séreuse le 18 octobre. Drainage : drain de Kehr ; mèches. Les suites sont normales et la cicatrisation se fait sans incident. La malade part guérie.

Revue : pas d'éventration.

OBS. II. — Mme Vve B..., 41 ans. Entre le 5-VIII-29. Elle a été opérée autrefois pour une appendicite. Cholé-

cystite lithiasique. On fait une cholécystectomie rétrograde le 28 août. 2 mèches de drainage. Fermeture à trois plans. Bonnes suites. Cicatrisation rapide. Guérison le 26 septembre.

Revue : pas d'éventration.

OBS. III. — Mlle L..., 21 ans. Entre le 20-II-28. Lithiasie vésiculaire. On fait une cholécystectomie sous-séreuse le 5 mars. 1 drain de Kehr; mèches. La malade sort le 23 mars complètement cicatrisée. Revue : pas d'éventration.

OBS. IV. — Mme Ch..., 55 ans. Entre le 15-III-29 pour cholécystite lithiasique suppurée. Cholécystectomie sous-séreuse Tixier le 23 mars. 1 petit drain ; 1 mèche sous-hépatique. Cicatrisation le 2 mai.

Revue : petite éventration.

OBS. V. — Mme Ch..., 28 ans Entre le 5-IX-28. L'incision de Kehr en deux temps permet de confirmer le diagnostic de cholécystite calculeuse et de faire une cholécystectomie sous-séreuse le 18 septembre. 1 mèche sous-hépatique. Cicatrisation le 12 octobre.

Revue : pas d'éventration.

OBS. VI. — Mme R..., 43 ans. Entre le 2-III-20 pour cholécystite calculeuse ancienne. Cholécystostomie le 20 avril. 1 drain dans l'hépatique. Fermeture totale de la paroi. Cicatrisation complète le 24 mai.

Revue : pas d'éventration.

OBS. VII. — Mme R..., 33 ans. Entre le 6-I-29. Cholécystite aiguë. Cholécystectomie d'arrière en avant le 18 janvier. Drainage de l'hépatique ; mèches. Fermeture de la paroi en trois plans. Sort cicatrisée le 15 février.

Revue : pas d'éventration.

OBS. VIII. — Mme B..., 40 ans. Entre le 8-IX-27 pour cholécystite calculeuse. Cholécystectomie rétrograde le 28 septembre. Petit drain ; 1 mèche ; fermeture à trois plans. La malade sort cicatrisée.

Revue : pas d'éventration.

OBS. IX. — Mme F..., 56 ans. Entre le 15-VIII-32 pour un ictère. L'incision de Kehr-Tixier permet de reconnaître un calcul du cholédoque et de faire une cholécystostomie le 25 août. 1 drain de Kehr ; 2 mèches ; fermeture à trois plans. Bonnes suites. Cicatrisation le 26 septembre.

Revue : Pas d'éventration.

OBS. X. — Mme S..., 61 ans. Entre le 2-XII-32. Cholécystite calculeuse. Cholécystostomie le 13 décembre. 1 drain de Kehr dans l'hépatique ; 3 petites mèches ; fermeture à trois plans. Cicatrisée le 14 janvier 1933.

Revue : pas d'éventration. Cicatrice un peu douloureuse.

OBS. XI. — Mme B..., 53 ans. Entre le 24-XI-25. Cholécystite calculeuse. Cholécystectomie le 1^{er} décembre. 1 drain de Kehr ; fermeture de la paroi. La malade s'en va cicatrisée le 7 janvier 1926.

Revue : pas d'éventration.

OBS. XII. — Mme J..., 24 ans. Entre le 5-III-30. Cholécystite calculeuse. Cholécystectomie sous-séreuse le 18 mars. 1 drain. Suites excellentes. Sort cicatrisée le 12 avril.

Revue : pas d'éventration.

OBS. XIII. — Mme C..., 29 ans. Entre le 2-IV-23. Cholécystite suppurée. Cholécystectomie d'avant en arrière

le 24 avril. 1 drain de Kehr ; fermeture totale de la paroi. Suites normales. Cicatrisation en mai.

Revue : pas d'éventration.

OBS. XIV. — Mme G..., 42 ans. Entre le 6-III-28. Cholécystite calculeuse. Cholécystectomie sous-séreuse le 19 mars. 1 petit drain ; fermeture de la paroi. Pas d'incidents. La malade sort cicatrisée.

Revue : pas d'éventration.

OBS. XV. — Mme B..., 44 ans. Entre le 14-III-22. Enorme hydropisie intermittente de la vésicule. Cholécystectomie sous-séreuse le 21 mars. 1 drain. Suites normales. Cicatrisation le 10 avril.

Revue : pas d'éventration.

OBS. XVI. — Mme Vve M..., 54 ans. Entre le 21-II-29. Cholécystite calculeuse. Cholécystectomie rétrograde le 28 février. 1 drain ; 2 mèches ; fermeture à trois plans. Bonnes suites. Cicatrisation complète le 31 mars.

Revue : pas d'éventration.

OBS. XVII. — Mlle B. B..., 25 ans. Entre le 28-I-29. Cholécystite calculeuse. Cholécystectomie sous-séreuse le 4 février. 1 drain ; fermeture totale de la paroi. Pas d'incidents. Cicatrisation le 2 mars.

Revue : pas d'éventration.

OBS. XVIII. — Mme G..., 55 ans. Entre le 17-V-26. Cholécystite calculeuse. Cholécystectomie Tixier le 25 juin. 1 drain ; fermeture totale de la paroi. Pas d'incidents. Cicatrisation le 26 juillet.

Revue : pas d'éventration. Cicatrice un peu douloureuse.

OBS. XIX. — Mme V..., 38 ans. Entre le 26-III-29 pour cholécystite calculeuse. Cholécystectomie sous-séreuse le 10 avril. 1 drain ; mèches. Par la suite une fistule biliaire s'établit pour laquelle on intervient le 16 septembre : curettage du trajet. Drain fin. La malade sort avant la cicatrisation complète à cause de la fistule longue à se tarir.

Revue : pas d'éventration.

OBS. XX. — Mme G..., 42 ans. Entre le 20-VII-27. Cholécystite lithiasique. Cholécystectomie d'avant en arrière le 26 juillet. 1 mèche ; fermeture de la paroi. Cicatrisation le 22 août.

Revue : pas d'éventration.

OBS. XXI. — Mlle Ph..., 56 ans. Entre le 17-XII-31 pour cholécystite calculeuse. Cholécystectomie sous-séreuse le 24 décembre. 1 petite mèche ; fermeture totale. La cicatrisation met longtemps à se faire à cause d'une fistule biliaire persistante.

Revue : pas d'éventration.

OBS. XXII. — Mme R..., 27 ans. Entre le 23-IV-29. Cholécystite calculeuse ayant joué la lithiase cholédocienne. Cholécystectomie sous-séreuse le 6 mai. 1 drain de Kehr ; petites mèches. Cicatrisation le 5 juin.

Revue : pas d'éventration.

OBS. XXIII. — Mme B..., 43 ans. Entre le 14-XII-32 pour cholécystite calculeuse. Cholécystectomie rétrograde le 22 décembre. 1 gros drain au contact du cystique assure le drainage. Dans la suite fistule biliaire qui retarde la cicatrisation jusqu'au 2 février 1933.

Revue : pas d'éventration.

OBS. XXIV. — Mme D..., 52 ans. Entre le 15-XII-25 pour cholécystite calculeuse ; lithiase du cholédoque. Cholécystectomie sous-séreuse le 6 janvier 1926. On laisse 1 drain dans l'hépatique ; 1 drain dans le cholédoque ; 1 compresse ; fermeture de la paroi. Dans la suite : fistule biliaire persistante qui nécessite, au cours d'une deuxième intervention, l'implantation du trajet fistulaire dans l'estomac. La malade sort le 26 mars.

Revue : pas d'éventration.

OBS. XXV. — Mme G..., 23 ans. Entre le 20-III-27. Cholécystite suppurée. Cholécystectomie le 5 mars. 1 drain au contact du cystique ; fermeture de la paroi. Suites normales. Cicatrisation en mai 1927.

Revue : pas d'éventration.

OBS. XXVI. — Mme R..., 27 ans. Entre le 31-I-24. Cholécystite. Cholécystectomie sous-séreuse le 10 mars. On laisse 1 drain dans le cystique ; fermeture de la paroi. Bonnes suites. Sort cicatrisée le 19 avril.

Revue : pas d'éventration.

OBS. XXVII. — Mme M..., 27 ans. Entre le 20-XII-29. Cholécystite. Cholécystostomie le 14 janvier 1930. On laisse un gros drain de Kehr ; fermeture de la paroi. Dans la suite la cicatrisation est retardée par un écoulement biliaire long à tarir.

Revue : pas d'éventration.

OBS. XXVIII. — Mme G..., 52 ans. Entre le 7-IV-31 pour cholécystite suppurée. Cholécystostomie le 17 avril. Fermeture en deux plans de la paroi. Cicatrisation rapide. Pas d'incidents.

Revue : pas d'éventration.

OBS. XXIX. — Mme Q..., 44 ans. Entre le 20-X-29. Cholécystite. Cholécystectomie sous-séreuse le 4 septembre. On laisse un petit drain. Il persiste une fistule biliaire qui ne se tarit que le 29 novembre.

Revue : très mauvais état général. Eversion.

OBS. XXX. — Mme B..., 39 ans. Entre le 21-VIII-31 pour des crises douloureuses abdominales (pelvi-péritonite), indépendamment de lithiase vésiculaire qui nécessite une cholécystectomie rétrograde le 21 octobre. Il persiste une fistule biliaire. Au cours d'une deuxième intervention, le 9 juin 1932, on implante le trajet biliaire dans l'estomac. 1 petit drain ; suture de la paroi en deux plans. Suites troublées : fièvre ; écoulement biliaire important. Mauvais état général.

Revue : légère éversion.

b) Incision du type Récamier :

OBS. XXXI. — Mme L..., 61 ans. Entre le 11-X-32. Cholécystite calculeuse. Cholécystostomie le 8 novembre. Suites normales. Cicatrisation le 28 décembre.

Revue : pas d'éversion.

OBS. XXXII. — Mlle G..., 20 ans. Entre le 2-VI-28 pour crise douloureuse dans l'hypocondre droit. Laparotomie pararectale droite exploratrice le 19 juillet : il s'agit d'une languette hépatique simulant une hypertrophie vésiculaire. On referme. Traitement spécifique. La malade sort cicatrisée.

Revue : pas d'éversion.

OBS. XXXIII. — Mme C..., 52 ans. Entré le 4-IX-29. Cholécystite. Cholécystectomie rétrograde le 9 septembre.

On laisse un drain. Cicatrisation rapide. Pas d'incidents.
Revue : pas d'éventration.

OBS. XXXIV. — Mme S..., 42 ans. Entre le 17-III-30. Cholécystite. Cholécystectomie sous-séreuse fin mars. On laisse un petit drain Suites normales. La malade sort le 22 avril complètement cicatrisée.

Revue : pas d'éventration.

OBS. XXXV. — Mme B..., 39 ans. Entre le 31-VII-29. Cholécystite suppurée ; calcul unique du bassinet. Cholécystectomie sous-séreuse le 19 août. 1 drain ; 1 mèche. Suites troublées : fièvre. Ecoulement biliaire ; puis tout rentre dans l'ordre et la cicatrisation est complète le 16 septembre.

Revue : pas d'éventration.

OBS. XXXVI. — Mme W..., 50 ans. Entre le 17-XI-27. Cholécystite calculeuse. Cholécystectomie rétrograde le 21 décembre. 1 compresse de drainage ; fermeture. La malade sort cicatrisée le 9 février 1928.

Revue : pas d'éventration.

OBS. XXXVII. — Mme M..., 27 ans. Entre le 10-III-28. Calculs de la vésicule visibles à la radiographie. Cholécystostomie le 28 mars. 1 sonde de Nélaton est laissée dans la vésicule. Suites normales. Cicatrisation le 17 avril.

Revue : pas d'éventration.

OBS. XXXVIII. — Mme C..., 36 ans. Entre le 25-X-32. La laparotomie pararectale droite permet de conclure à une péritonite par perforation de la vésicule. Le drainage est assuré par 1 drain dans le Douglas ; 1 drain sous-hépatique ; 2 mèches. Bonnes suites. La malade sort le 4 décembre avec sa plaie entièrement cicatrisée.

Revue : Pas d'éventration.

OBS. XXXIX. — M. P..., 17 ans. Entre le 9-VI-32. Kyste hydatique du foie. Ouverture et marsupialisation sur un gros drain le 15 juin. La cicatrisation est obtenue le 28 juillet. Pas d'incidents.

Revu : pas d'éventration.

OBS. XL. — Mme C..., 65 ans. Entre le 2-XII-31. Cholécystite lithiasique. Cholécystostomie le 11 décembre. On laisse un gros drain. Persistance d'une fistule biliaire qui nécessite une cholécystectomie le 11 avril 1932. Cette fois le drainage est assuré par 1 drain de Kehr ; 2 compresses. L'écoulement biliaire persiste encore longtemps. La cicatrisation n'est obtenue qu'en mai.

Revue : pas d'éventration.

OBS. XLI. — Mme L..., 31 ans. Entre le 3-X-30. Cholécystite suppurée. Cholécystostomie le 28 novembre. On laisse 1 drain ; 3 mèches. L'écoulement biliaire persiste longtemps. Cicatrisation le 3 janvier 1931.

Revue : pas d'éventration.

OBS XLI *bis*. — M. R..., 52 ans. Entre le 3-X-28. Cholécystite hydropique avec calcul unique du bassinet. Cholécystostomie le 19 octobre. Fermeture de la paroi sur un gros drain. Suites : broncho-pneumonie. Fistule biliaire persiste jusqu'au 22 décembre, date de sortie du malade.

Revu : pas d'éventration.

OBS. XLII. — Mme Saint-Jean, 60 ans. Entre le 4-XI-30. Cholécystite calculeuse sans accidents aigus. Cholécystectomie rétrograde le 13 novembre. Aucun autre drainage que la fixation de l'entonnoir séreux au péritoine pariétal. Fermeture de la paroi. La malade s'en va guérie ; sa plaie est complètement cicatrisée.

Revue : pas d'éventration.

OBS. XLVIII.— Mme B..., 64 ans. Entre le 19-VIII-22. Péritonite d'origine biliaire. Cholécystostomie en août, puis cholécystectomie le 6 décembre. On laisse un drain dans le cystique. Suites très mauvaises.

Revue : éventration.

OBS. XLIV. — M. M..., 24 ans. Entre le 6-II-32. Kyste hydatique du foie. Ouverture et marsupialisation le 10 février. Suites simples. La cicatrisation est complète le 2 mai.

Revu : petite éventration.

OBS. XLV. — Mme B..., 56 ans. Entre le 23-IV-26. Cholécystite suppurée. Cholécystostomie le 23 avril. Suites normales. La cicatrisation est obtenue le 25 mai.

Revue : éventration.

OBS. XLVI. — Mme O..., 65 ans. Entre le 6-IX-20. Cholécystite chronique à forme hydropique. Cholécystostomie le 11 septembre. Une fistule persistante retarde la cicatrisation jusqu'au 20 novembre.

Revue : éventration.

OBS. XLVII. — Mme G..., 54 ans. Entre le 23-IX-30. Empyème de la vésicule. Cholécystostomie le 25 septembre. La fistule met longtemps à se tarir : jusqu'au 22 novembre, date de la sortie de la malade.

Revue : éventration.

c) Incision médiane sus-ombilicale :

OBS. XLVIII. — Mme C..., 47 ans. Entre le 19-II-31. Cholécystite aiguë calculuse. Cholécystectomie rétrograde le 19 février. 1 drain ; 2 mèches de drainage. Suites normales. Cicatrisation le 19 avril.

Revue : pas d'éventration.

OBS. XLIX. — M. A..., 35 ans. Entre le 6-IX-32. Laparotomie médiane permet d'explorer l'appendice reconnu sain (on l'enlève) ; puis la vésicule, qui est perforée et contient des calculs. Cholécystectomie. On laisse 1 drain ; 1 mèche. Cicatrisation le 20 octobre.

Revue : pas d'éventration.

d) *Incision de Kocher* :

OBS. L. — Mme P..., 34 ans. Entre le 14-III-30. Cholécystite chronique non calculieuse. Cholécystostomie le 26 mars. 1 drain. Pas d'incidents. Cicatrisation le 18 avril.

Revue : pas d'éventration.

OBS. LI. — Mme B..., 36 ans. Entre le 8-I-27. Cholécystite. Cholécystectomie rétrograde en août. On laisse 1 drain dans le cystique ; 1 mèche ; fermeture en un plan. Cicatrisation complète le 5 mars.

Revue : pas d'éventration.

OBS. LII. — Mme V..., 60 ans. Entre le 24-VI-32. Cholécystite calculieuse. Cholécystectomie sous-séreuse le 1^{er} mai. Drainage assuré par l'entonnoir séreux et 1 petite mèche. Cicatrisation complète le 20 juin.

Revue : éventration.

OBS. LIII. — Mme M..., 46 ans. Entre le 10-X-24. Cholécystite gangréneuse. Cholécystectomie d'avant en arrière le 6 octobre. 1 drain dans l'hépatique ; 1 mèche. Bonnes suites. La cicatrisation est obtenue le 20 novembre.

Revue : éventration.

OBS. LIV. — Mme G..., 45 ans. Entre au début de septembre pour lithiasse biliaire. Cholécystostomie le 17 sep-

tembre. Après cicatrisation, la fistule se rouvre et nécessite une cholédocotomie le 23-X-1931. Cette fois, on laisse 1 drain de Kehr ; 1 mèche sous-hépatique. La fistule persiste et retarde la cicatrisation.

Revue : éventration.

e) *Incision de Mayo-Robson :*

OBS. LV. — Mme N..., 55 ans. Entre le 31-III-30. Une incision de Mayo-Robson nous fait voir un néo de la vésicule ; on referme sur une compresse le 1^{er} avril. Cicatrisation rapide.

Revue : pas d'éventration.

OBS. LVI. — Mme P..., 52 ans. Entre le 12-VIII-31. Cholécystite aiguë avec abcès péricholécystique. Cholécystectomie sous-séreuse le 14 août. On laisse 1 drain ; 1 mèche ; fermeture séro-musculaire, peau ouverte. Cicatrisation complète le 23 septembre.

Revue : éventration.

f) *Incision de Mayo-Villard :*

OBS. LVII. — Mme C..., 54 ans. Entre le 22-III-25. Lithiase du cholédoque très ancienne. Cholécystogastrostomie le 19 mars. Fermeture totale sur un drain. Cicatrisation complète le 6 mai.

Revue : pas d'éventration.

OBS. LVIII. — M. B..., 34 ans. Entre le 29-XI-29. Angiocholite avec crises cholédociennes. Intervention le 17 décembre. On ne trouve pas de calculs dans les voies biliaires. 1 drain dans l'hépatique ; 2 mèches ; fermeture

à trois plans. Cicatrisation retardée par une fistule.

Revu : pas d'éventration.

g) *Incision de Sprengel :*

OBS. LIX. — Mme M..., 47 ans. Entre le 5-IX-25. Hydropisie intermittente de la vésicule. Cholécystectomie le 23 septembre. On laisse 1 drain ; 1 mèche ; fermeture. Bonnes suites. Cicatrisée le 13 octobre.

Revue : pas d'éventration.

OBS. LX. — Mme C..., 24 ans. Entre le 21-I-25. Cholécystite calculeuse. Cholécystectomie rétrograde le 5 février. On laisse 1 drain ; fermeture. Suites excellentes. Cicatrisation complète le 2 mars.

Revue : pas d'éventration.

h) *Incision de Max Schuller :*

OBS. LXI. — Mme G..., 54 ans. Entre le 19-I-29. Cholécystite calculeuse. Cholécystostomie le 2 mars. On laisse un drain dans l'abdomen ; fermeture. Cicatrisation complète.

Revue : éventration.

OBS. LXII. — M. G..., 50 ans. Entre le 2-III-28. Cholécystite calculeuse. Cholécystostomie le 2-III-28. On laisse 1 drain ; fermeture. Il persiste une fistule biliaire quand la malade s'en va le 18 avril.

Revue : éventration.

i) *Incision de Villard :*

OBS. LXIII. — Mme P..., 39 ans. Entre le 27-IX-26. Hydropisie intermittente de la vésicule. Cholécystectomie rétrograde le 5 octobre. On laisse 1 drain ; 3 mèches ; fermeture à trois plans. Cicatrisation complète le 9 novembre.

Revue : pas d'éventration.

B. — OBSERVATIONS DES MALADES DONT NOUS N'AVONS PLUS EU DE NOUVELLES DEPUIS LEUR SÉJOUR A L'HÔPITAL ET POUR LESQUELS IL A ÉTÉ FAIT UNE :

a) *Incision de Kehr-Tixier :*

OBS. LXIV. — Mme L..., 52 ans. Entre le 11-VIII-21. Hydropisie intermittente de la vésicule et hydronéphrose calculeuse. Ouverture, puis fermeture de la vésicule le 27 octobre. Deux plans d'enfouissement. En même temps on intervient pour la cure opératoire de l'hydronéphrose. La cicatrisation est complète le 26 décembre.

OBS. LXV. — Mme P..., 62 ans. Entre le 2-VI-30. Lithiase biliaire. Cholécystostomie le 30 juin. On laisse 1 drain de Kehr ; 2 mèches sous-hépatiques. Bonnes suites. La malade sort cicatrisée le 10 juillet.

OBS. LXVI. — Mme B..., 61 ans. Entre le 10-VII-30. Cholécystite. Cholécystectomie le 16 juillet. 1 mèche d'hémostase ; suture de la paroi en trois plans. Suites normales. Cicatrisation le 16 septembre.

OBS. LXVII. — Mme D..., 34 ans. Entre le 15-XII-30. Cholécystite avec vésicule flottante. Cholécystostomie le 19 décembre. Mise en place d'une sonde n° 20 de drainage. Cicatrisation complète à la sortie de l'hôpital.

OBS. LXVIII. — Mme C..., 30 ans. Entre le 4-IX-28. Lithiase du cholédoque. Cholécystectomie rétrograde le 26 septembre. On laisse un drain de Kehr dans le cholédoque ; 1 petite compresse. La cicatrisation est complète le 27 octobre.

OBS. LXIX. — Mme M..., 53 ans. Entre le 4-XI-29. Lithiase du cholédoque. Cholédotomie le 18 novembre. On laisse 1 compresse ; fermeture des deux tiers de l'incision. Cicatrisation complète le 29 novembre.

OBS. LXX. — Mme L..., 29 ans. Entre le 10-IV-29. Cholécystite calculeuse. Cholécystectomie le 23 avril. On termine par un large tamponnement du lit vésiculaire ; fermeture à trois plans. Cicatrisation le 4 juin.

OBS. LXXI. — Mme V..., 38 ans. Entre le 21-IX-26. Lithiase vésiculaire. Cholécystectomie le 28 septembre. 1 drain au contact du cystique ; fermeture. Cicatrisation le 2 novembre.

OBS. LXXII. — Mme A..., 48 ans. Entre le 12-X-26. Cholécystite lithiasique. Cholécystectomie le 26 octobre. On laisse 1 drain de Kehr ; 3 mèches ; fermeture. Bonnes suites. Cicatrisation le 2 décembre.

OBS. LXXIII. — Mme B..., 52 ans. Entre le 5-II-27. Cholécystite scléro-atrophique. Cholécystectomie rétrograde le 21 mars. On laisse 1 drain de Kehr ; 1 mèche ; fermeture. La cicatrisation est obtenue le 4 avril.

OBS. LXXIV. — Mme G..., 44 ans. Entre le 1-III-27. Crises de lithiase cholédocienne. Cholécystectomie le 28 avril. On laisse 1 tube de Kehr ; 1 mèche. Pas d'incidents. Cicatrisation complète le 25 mai.

OBS. LXXV. — Mme M..., 49 ans. Entre le 1-XII-24. Calculs de la vésicule. Cholécystostomie le 5 décembre. On laisse 1 drain de Kehr dans le cholédoque. La fistule persiste longtemps. Cicatrisation le 15-II-25.

OBS. LXXVI. — Mme B..., 42 ans. Entre le 2-III-25. Hydropisie de la vésicule. Cholécystectomie sous-séreuse le 5 mars. On laisse 1 mèche. Suites normales. Cicatrisation le 1^{er} avril.

OBS. LXXVII. — Mme M..., 42 ans. Entre le 3-V-25. Cholécystite. Cholécystectomie sous-séreuse le 18 mai. On laisse 1 mèche. Bonnes suites. Cicatrisation le 30 juin.

OBS. LXXVIII. — Mme T..., 25 ans. Entre le 8-V-25. Cholécystite. Cholécystectomie sous-séreuse le 18 mai. On laisse 1 drain ; 1 mèche. Suites normales. La cicatrisation est faite le 30 juin.

OBS. LXXIX. — Mme G..., 39 ans. Entre le 16-IX-25. Lithiase cholédocienne. Cholécystectomie sous-séreuse le 15 octobre. On laisse un drain dans le cholédoque. Suites : état subfébrile dû à une complication pulmonaire. La malade passe dans un service de médecine le 19 novembre.

OBS. LXXX. — Mme B..., 21 ans. Entre le 10-I-24. Cholécystite aiguë. Cholécystectomie le 19 janvier. On laisse une mèche sous-hépatique. Bonnes suites. La cicatrisation est complète le 8 mars et la malade s'en va.

OBS. LXXXI. — Mme P..., 36 ans. Entre le 27-II-23. Hydropisie intermittente avec infection et péricholécystite. Cholécystectomie sous-séreuse le 18 février. On laisse 1 drain ; fermeture totale. La cicatrisation est faite à la sortie de la malade.

OBS. LXXXII. — Mme M..., 57 ans. Entre le 3-V-23. Cholécystite lithiasique. Cholécystectomie sous-séreuse le 28 mai. Aucun drainage. Cicatrisation le 19 juin.

OBS. LXXXIII. — Mme B..., 34 ans. Entré le 16-I-22. Lithiase vésiculaire. Cholécystectomie ordinaire le 26 janvier. On laisse 1 compresse ; fermeture. La cicatrisation est complète à la sortie de la malade.

OBS. LXXXIV. — Mme B..., 49 ans. Entre le 16-VIII-22. Cholécystite suppurée. Cholécystectomie le 29 août. Suites normales. Cicatrisation complète à la sortie de la malade.

OBS. LXXXV. — Mme G..., 42 ans. Entre le 12-IX-22. Lithiase cholédocienne. Cholécystectomie sous-séreuse le 19 septembre. On laisse 1 drain dans l'hépatique. La cicatrisation est complète le 15 octobre.

OBS. LXXXVI. — Mme R..., 46 ans. Entre le 18-IX-22. Cholécystite aiguë. Cholécystectomie à froid le 12 octobre. Par la suite : la malade fait des accidents pulmonaires à type de broncho-pneumonie, puis tout rentre dans l'ordre. La malade sort le 27 novembre.

OBS. LXXXVII. — Mme M..., 50 ans. Entre le 29-IX-22. Cholécystite calculeuse et néo de la vésicule. Cholécystectomie le 6 décembre. Pronostic sombre. Au niveau de la plaie opératoire, la cicatrisation est faite le 3 janvier 1933.

OBS. LXXXVIII. — Mme G..., 56 ans. Entre le 11-IV-21. Cholécystite calculeuse. Cholécystectomie sous-séreuse le 15 avril. On laisse 1 drain. Suites normales. La cicatrisation est faite le 17 mai.

OBS. LXXXIX. — Mme S..., 55 ans. Entre le 25-V-21. Cholécystite calculeuse. Cholécystectomie sous-séreuse le 3 juin. Fermeture totale. Cicatrisation rapide.

OBS. XC. — Mme C..., 54 ans. Entre le 27-III-19. Lithiase du cholédoque. Cholécystectomie sous-séreuse le 3 avril. On laisse 1 drain dans le cholédoque ; 1 mèche sous-hépatique. Suites normales. La malade sort cicatrisée du service.

OBS. XCI. — Mme L..., 42 ans. Entre le 31-X-19. Lithiase du cholédoque. Cholécystectomie sous-séreuse le 17 novembre. On laisse 2 drains ; fermeture. Bonnes suites. La malade sort le 5-I-1920. Il persiste une fistule biliaire.

OBS. XCII. — Mme P..., 55 ans. Entre le 4-III-30. Cholécystectomie le 16 avril. On laisse 1 drain dans le cholédoque ; 1 drain dans l'hépatique ; 1 mèche. Suites normales. Cicatrisation le 29 mai.

OBS. XCIII. — Mme C..., 38 ans. Entre le 3-IX-27. Incision de Kehr exploratrice le 20 septembre : pas de lésions des voies biliaires et de la vésicule. Hypertrophie massive du foie (éthylisme ou spécificité ?)

b) *Incision de Récamier* :

OBS. XCIV. — Mme P..., 21 ans. Entre le 10-XI-30. Lithiase vésiculaire. Cholécystostomie le 20 novembre.

Mise en place d'une sonde n° 16 qui assure le drainage. Suites normales. Cicatrisation le 25 janvier 1931.

OBS. XCV. — Mme B..., 48 ans. Entre le 4-X-30. Ictère par compression (origine néoplasique probable). Cholécystogastrostomie le 22 octobre. Fermeture à trois plans sans drainage. Cicatrisation rapide.

OBS. XCV. — Mme M..., 62 ans. Entre le 30-V-31. Cholécystite gangréneuse. Cholécystectomie en mars 1931. On laisse 1 drain dans le cystique ; 4 mèches. Suites : fièvre, écoulement biliaire abondant. Cicatrisation le 2 juin.

OBS. XCVII. — Mme E..., 65 ans. Entre le 16-VI-31. Néo de la vésicule. Cholécystostomie le 19 juin. Large drainage ; fermeture. Cicatrisation le 27 juillet.

OBS. XCVIII. — Mme P..., 38 ans. Entre le 10-VII-29. Cholécystite. Cholécystostomie le 13 juillet ; puis cholécystectomie en 1932. Drainage : 1 drain ; 1 mèche. Cicatrisation à la sortie de la malade.

OBS. XCXIX. — Mme B..., 64 ans. Entre le 2-II-26. Cholécystite purulente. Cholécystostomie le 1^{er} mars. La fistule biliaire persiste longtemps. Cicatrisation le 4 mai.

OBS. C. — Mme S..., 38 ans. Entre le 20-VI-27. Laparotomie pararectale droite exploratrice. On pense à un néo ou syphilis du foie. On referme. Cicatrisation le 29 juillet.

OBS. CI. — Mme L..., 42 ans. Entre le 11-XI-24. Cholécystite. Cholécystectomie sous-séreuse le 25 novembre. On laisse 1 drain. Fermeture à trois plans. La cicatrisation est complète le 27 décembre.

OBS. CII. — Mme P..., 65 ans. Entre le 15-IV-22. Lithiase biliaire ancienne ; néo surajouté. Cholécystostomie le 20 avril. On laisse un drain dans la vésicule. Suites normales. Cicatrisation le 16 mai.

OBS. CIII. — Mme C..., 53 ans. Entre le 13-IX-21. Cholécystite calculeuse. Cholécystostomie le 22 novembre. Suites : fièvre ; état d'obnubilation ; selles décolorées. Puis tout rentre dans l'ordre et la malade sort cicatrisée le 22 octobre.

OBS. CIV. — Mme F..., 57 ans. Entre le 8-X-21. Cholécystite et péricholécystite suppurée. Cholécystostomie le 27 octobre. Cicatrisation rapide.

OBS. CV. — Mme B..., 46 ans. Entre le 4-VI-19. Hydropisie intermittente de la vésicule. Cholécystostomie le 14 avril. On laisse 1 drain dans la vésicule ; fermeture de la paroi. Guérison.

OBS. CVI. — Mme C..., 40 ans. Entre le 8-VIII-19. Cholécystite calculeuse et péricholécystite. Cholécystostomie le 18 août. On laisse 1 drain dans le cholédoque ; 1 drain dans l'hépatique ; 3 mèches. Cicatrisation.

OBS. CVII. — Mme B..., 67 ans. Entre le 19-VIII-19. Cholécystite gangréneuse. Cholécystostomie le 19 août. On laisse 1 drain dans la vésicule ; 1 mèche. La malade sort cicatrisée.

OBS. CVIII. — Mme T..., 37 ans. Entre le 24-IX-19. Cholécystite calculeuse. Cholécystostomie le 12 décembre. On laisse 1 drain. Cicatrisation le 10 mars à cause d'une fistule persistante.

OBS. CIX. — Mme F..., 73 ans. Entre le 11-VI-20. Cholécystite gangréneuse. Cholécystostomie le même jour. On laisse 2 drains ; mèches. Cicatrisation le 22 juillet.

OBS. CX. — M. A..., 64 ans. Entre le 30-XII-27. Néo de la tête du pancréas. Cholécystogastrostomie le 11 janvier 1928. Fermeture totale. Cicatrisation complète le 28 janvier.

OBS. CXI. — M. M..., 42 ans. Entre le 13-IV-31. Pancréatite probable. Cholécystogastrostomie le 22 avril. Suites simples. Le 25 juin passe à la Croix-Rousse pour un érysipèle.

OBS. CXII. — M. F..., 53 ans. Entre le 6-V-32. Néo de la tête du pancréas. Cholécystogastrostomie le 25 mai. Suites bonnes. Cicatrisation le 13 juin.

OBS. CXIII. — Mme R..., 44 ans. Entre le 31-III-30. Douleurs sourdes dans l'hypocondre droit. Laparotomie pararectale droite le 1^{er} mai montre des parois vésiculaires épaisses et de la péricholécystite. On laisse 1 mèche. Fermeture à trois plans. La malade part cicatrisée.

OBS. CXIV. — Mme D..., 60 ans. Entre le 9-IV-21. Laparotomie pararectale le 15 mars montre un néo du foie avec ascite. On referme. Bonne cicatrisation.

OBS. CXVI. — Mme C..., 62 ans. Entre le 11-VI-23. Une laparotomie pararectale droite le 15 juin montre une cirrhose du foie. On referme. Cicatrisation.

OBS. CXVII. — M. M..., 51 ans. Entre le 5-XII-28. Absès sous-phrénique que l'on aborde par l'intermédiaire d'une laparotomie pararectale le 6 décembre. On laisse 1 drain.

Cicatrisation, mais passe dans un service de médecine à cause de son état général précaire.

c) Incision médiane sus-ombilicale :

OBS. CXVIII. — Mme S..., 26 ans. Entre le 17-I-28. Kyste hydatique du foie. Ponction et marsupialisation le 25 janvier. Suites normales. Cicatrisation le 19 mars.

OBS. CXIX. — Mme G..., 27 ans. Entre le 7-IV-25. Cholécystite. Cholécystectomie le 9 avril. Suites normales. La cicatrisation est faite le 2 mai.

OBS. CXX. — Mme B..., 50 ans. Entre le 13-VIII-32. Absès sous-phrénique. Intervention le 18 août. On laisse 2 drains ; 1 mèche. Cicatrisation le 8 septembre.

OBS. CXXI. — Mme B..., 26 ans. Entre le 8-XI-21. Troubles gastriques provoqués par une péritonite péri-vésiculaire peut-être bacillaire. Gastroentéroanastomose le 10 décembre. Cicatrisation le 28 décembre.

OBS. CXXII. — M. B... Entre au début d'août 1923. Hernie du ligament suspenseur du foie. Laparotomie exploratrice le 9 août. Cicatrisation rapide.

d) Incision de Kocher :

OBS. CXXIII. — Mme V..., 48 ans. Entre le 29-XII-30. Lithiase vésiculaire. Cholécystectomie le 30 décembre. On laisse un tube de Kehr ; 1 mèche sous-hépatique. Suites normales. Cicatrisation.

OBS. CXXIV. — Mme A..., 25 ans. Entre le 29-XI-31. Cholécystite chronique calculeuse. Cholécystectomie d'avant en arrière le 6 octobre. On laisse 1 drain dans le cystique; 1 mèche sous-hépatique. Guérison.

OBS. CXXV. — Mme G..., 47 ans. Entre le 26-IX-27. Lithiase vésiculaire. Cholécystectomie le 13 octobre. On laisse 1 petit drain; 1 mèche; fermeture à trois plans. Cicatrisation et sortie de la malade le 5 novembre.

OBS. CXXVI. — Mme Vve G..., 67 ans. Entre le 13-IV-24. Lithiase cholédocienne. Cholécystectomie le 18 avril. On laisse un drain de Kehr; 2 mèches; fermeture. Cicatrisation le 24 mai.

e) *Incision de Mayo-Robson* :

OBS. CXXVII. — Mme D..., 35 ans. Entre le 25-XI-31. Pancréatite aiguë. Cholécystectomie le 11 décembre 1931. On laisse 1 drain; 3 mèches; fermeture. Cicatrisation le 20 janvier 1932.

OBS. CXXVIII. — Mme C..., 60 ans. Entre le 22-VII-27. Lithiase du cholédoque. Cholédocotomie le 29 juillet. On laisse 1 drain de Kehr. Fermeture à trois plans. La malade s'en va le 7 août non cicatrisée.

OBS. CXXIX. — Mme S..., 58 ans. Entre le 15-V-20. Lithiase vésiculaire. Cholécystectomie le 7 juin. On note une éventration à sa sortie le 26 juillet.

OBS. CXXX. — Mme S..., 22 ans. Entre le 16-VII-24. Kyste hydatique du foie. Ponction, puis suppression de la poche le 25 juillet. Fermeture sans drainage. Cicatrisation.

f) *Incision de Sprengel* :

OBS. CXXXI. — Mme B..., 53 ans. Entre le 24-III-25. Lithiase vésiculaire. Cholécystectomie le 3 avril. On laisse 1 drain. Cicatrisation le 27 mars.

OBS. CXXXII. — Mme F..., 56 ans. Entre le 12-VIII-25. Hydropisie intermittente de la vésicule. Cholécystectomie le 26 août. On laisse 1 drain dans le cystique ; 1 mèche ; fermeture. Cicatrisation complète à la sortie de la malade.

C. — OBSERVATIONS DES MALADES DÉCÉDÉS
ET POUR LESQUELS IL A ÉTÉ FAIT UNE :

a) *Incision de Kehr-Tixier* :

OBS. CXXXIII. — Mme C..., 57 ans. Entre le 3-IV-31. Ictère chronique par rétention : rétrécissement cicatriciel de l'ampoule de Vater. Cholédocotomie le 9 juin. Décès le 16 juin.

OBS. CXXXIV. — Mme U..., 20 ans. Entre le 20-VIII-23. Cholécystite calculeuse aiguë. Cholécystectomie sous-séreuse le 21 août. On laisse 1 drain de Kehr dans le cholédoque ; 4 mèches. Décès le 25 août.

OBS. CXXXV. — Mme B..., 51 ans. Entre le 15-IX-26. Lithiase biliaire. Cholécystectomie rétrograde le 10 décembre. On laisse 1 drain dans le cholédoque. Il persiste une fistule pour laquelle on intervient le 15 février 1927. Décès.

OBS. CXXXVI. — Mme B., 30 ans. Entre le 25-I-26. Cholécystite avec hydropisie intermittente. Cholécystectomie sous-séreuse le 6 février. On laisse 1 mèche ; fermeture. Décès le 15 février.

OBS. CXXXVII. — Mme M., 26 ans. Entre le 10-IX-27. Cholécystectomie sous-séreuse le même jour. On laisse 1 drain dans l'hépatique ; 1 drain dans le cholédoque ; 1 mèche ; fermeture des deux tiers de l'incision. Décès le 12 novembre.

OBS. CXXXVIII. — Mme A., 53 ans. Entre le 15-XI-27. Lithiase cholédocienne. Cholédocotomie le 18 novembre. On laisse un gros drain de Kehr ; 1 Mickulicz ; fermeture. Décès le 19 novembre.

OBS. CXXXIX. — Mme G., 52 ans. Entre le 26-I-26. Lithiase du cholédoque. Cholécystectomie sous-séreuse le 16 février. La malade meurt dans le collapsus le 19 février.

OBS. CXL. — Mme A., 59 ans. Entre le 4-XII-23. Cholécystite calculeuse. Cholécystectomie le 12 décembre. Décès le lendemain.

OBS. CXLI. — Mme G., 43 ans. Entre le 21-IX-21. Cholécystite suppurée et péricholécystite. Cholécystostomie le 3 septembre. On laisse 1 drain. Décès le 7 décembre.

OBS. CXLII. — Mme C... Entre le 25-XI-20. Ictère chronique. Cholécystectomie le 3 décembre 1920. On laisse 1 drain dans l'hépatique ; 1 mèche. Décès le 4 décembre.

OBS. CXLIII. — M. D..., 54 ans. Entre le 12-X-20. Lithiase du cholédoque. Cholécystostomie le 19 octobre. On laisse 1 drain dans l'hépatique ; 1 dans le cholédoque ; 1 compresse. Sort cicatrisé du service. Décédé par la suite.

OBS. CXLIV. — Mme G..., 56 ans. Entre pour angiocholite. Cholécystectomie le 5 août 1924. On laisse un drain de Kehr ; des mèches. Décès le 31 août.

OBS. CXLV. — Mme G..., 43 ans. Entre le 4-IV-24. Cholécystite calculeuse suppurée. Cholécystostomie ancienne. Récidive en 1924. Opération itérative. Décès le 9 avril.

b) *Incision de Recamier :*

OBS. CXLVI. — Mme P..., 62 ans. Entre le 28-VIII-31. Ictère ; néo du carrefour sous-hépatique. Laparotomie pararectale le 1^{er} septembre. Petite mèche ; fermeture de la paroi. Décès le 25 septembre.

OBS. CXLVII. — Mme N..., 52 ans. Entre le 21-IX-31. Lithiase du cholédoque. Cholédocotomie le 28 septembre. On laisse 1 drain dans l'hépatique. Décès le 4 octobre.

OBS. CXLVIII. — Mme G..., 79 ans. Entre le 24-XI-28. Cholécystite suppurée. Cholécystostomie le 23 décembre. Fistule persistante. Mauvais état général de la malade. Décès le 12 janvier 1929.

OBS. CXLIX. — Mme B..., 54 ans. Entre le 15-IX-26. Lithiase vésiculaire. Cholécystostomie le 21 septembre. On laisse 1 drain. Décès le 19 octobre.

OBS. CL. — Mme C..., 66 ans. Entre le 20-XI-23. Couverture de la vésicule. Cholécystectomie le 26 novembre. On laisse un drain dans le cystique ; fermeture. Décès le 28 novembre.

OBS. CLI. — Mme J..., 70 ans. Entre le 24-X-22. Cholécystite gangréneuse ; péritonite. Laparotomie latérale droite le 24 octobre. On laisse un drain dans l'espace de l'épanchement vésiculaire. Décès le 18 novembre.

OBS. CLII. — Mme C..., 27 ans. Entre le 17-II-21. Cholécystite à para. B. Cholécystostomie le 23 février. Décès le 19 mars.

OBS. CLIII. — Mme G..., 68 ans. Entre le 19-III-21. Laparotomie latérale droite le 22 mars : néo de la vésicule. Décès le 5 avril.

OBS. CLIV. — Mme M..., 54 ans. Entre le 6-X-21. Cholécystite calculeuse avec hydropisie. Cholécystectomie sous-séreuse le 11 octobre. Décès le 20 octobre.

OBS CLIV *bis*. — Mme F..., 62 ans. Entre le 26-XII-21. Néo de l'ampoule de Vater. Cholécystostomie le 29 décembre. Décès le même jour.

OBS. CLV. — Mme R..., 62 ans. Entre le 6-XI-19. Laparotomie pararectale le 11 novembre : néo des voies biliaires. Décès le 26 novembre.

OBS. CLVI. — M. F..., 48 ans. Entre le 23-II-24. Laparotomie pararectale le 27 février : néo de la vésicule. Décès le 15 mars.

OBS. CLVII. — M. B..., 59 ans. Entre le 23-V-30. Ictère par rétention d'origine pancréatique. Cholécystogastrotomie le 3 juin. Décès le 12 juin.

OBS. CLVIII. — M. P..., 55 ans. Entre le 10-VIII-31. Lithiase du cholédoque. Cholécystostomie le 22 septembre. On laisse 1 gros drain. Décès le 22 août.

OBS. CLIX. — M. L..., 15 ans. Kyste hydatique puré du foie. Entré dans le service le 22 août. Evacuation et marsupialisation le 22 août. Décès le 9 octobre.

OBS. CLX. — Mme L..., 53 ans. Entre le 20-XII-30. Laparotomie pararectale le 7 janvier 1931 ; néo de la vésicule. On referme. Décès le 17 janvier.

OBS. CLXI. — Mme S..., 71 ans. Entre le 17-III-22. Laparotomie pararectale droite le 23 mars. Décès dû à néo secondaire du foie.

OBS. CLXII. — Mme G..., 39 ans. Entre le 13-I-22. On referme. Décès le 18 février.

OBS. CLXIII. — M. B..., 35 ans. Entre le 26-IV-26. Laparotomie exploratrice le 6 mai : néo primitif du foie. Décès le 11 juin.

OBS. CLXIV. — Mme F..., 50 ans. Entre le 5-V-31. Laparotomie latérale exploratrice le 6 mai : néo secondaire du foie. Fermeture totale. Décès le 23 mai.

c) *Incision médiane sus-ombilicale :*

OBS. CLXV. — Mme J..., 52 ans. Laparotomie médiane exploratrice le 7 janvier 1926 : néo du foie. On referme soigneusement. Décès.

d) *Incision de Kocher :*

OBS. CLXVI. — M. M..., 53 ans. Entre le 2-III-26. Néo primitif du foie. Incision de Kocher exploratrice le 6 avril. On referme. Décès.

e) *Incision de Sprengel :*

OBS. CLXVII. — Mme S..., 63 ans. Entre le 7-IV-28. Cholécystite suppurée ; néo de la tête du pancréas. Cholécystostomie le 10 avril. Décès le 12 avril.

Nous avons présenté les observations sans les discuter. Nous faisons simplement remarquer que nous avons insisté à propos de chacune d'elles sur la nature de l'opération, le drainage, sur les suites, et qu'ainsi les malades que nous avons revus illustrent d'une façon exacte ce que nous allons dire maintenant des résultats des incisions.

Un tableau synoptique et récapitulatif, mieux que toute discussion, nous permet de présenter clairement les résultats :

Incisions	Revus		Décédés	Non suivis	Total
	avec évent.	sans évent.			
Kehr-Tixier	4	26	13	30	73
Récamier	5	13	20	23	61
Lap. médiane sus-omb.	0	2	1	5	8
Kocher	3	2	1	4	10
Mayo-Robson	1	1	0	4	6
Mayo-Villard	0	2	0	0	2
Strengel.	0	2	1	2	5
Divers	2	1	0	0	3

Total global 168

sur lesquels nous avons pu suivre 63 malades.

Ainsi, de toutes les incisions pratiquées dans le service du Professeur Tixier, on peut dire que le Kehr l'a été le plus souvent, et que, malgré les difficultés opératoires, l'existence du drainage et des mèches, les résultats obtenus du côté de la paroi ont été des résultats parfaits, puisque sur 30 cas, nous n'avons que 4 petites éventrations au niveau de l'angle externe de l'incision, point où passait le drainage.

C'est dire qu'en dehors de toute autre considération : possibilité d'exploration dans le premier temps, jour large sur le pédicule, facilité de mouvement, drainage idéal, l'incision de Kehr est celle qui, avec régularité, donne de très bons résultats. Point n'est besoin d'utiliser d'autres incisions mutilantes dont certainement le Kocher est la plus représentative.

L'incision de Kehr, avec la modification apportée par notre Maître, M. le Professeur Tixier (Récamier explorateur) demeure la véritable incision des voies biliaires.

Conclusions

I. — Les multiples incisions donnant sur les voies biliaires ont toutes leurs avantages et leurs inconvénients.

II. — De l'étude comparée des résultats éloignés portant sur un total global de 168 observation recueillies dans le service de M. le Professeur Tixier, nous avons pu démontrer que l'incision de Kehr-Tixier demeure celle qui, en donnant le meilleur jour, facilite l'intervention et ne laisse aucune éventration.

III. — Décomposée en deux temps : un temps explorateur et un temps d'action opératoire, elle permet de vérifier le diagnostic et d'éviter, en cas d'erreur, les larges délabrements que provoque toute incision sur les voies biliaires.

IV. — Nous faisons donc, de cette incision, la voie d'abord de choix au cours des interventions portant sur les voies biliaires.

<i>Vu :</i>	LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
LE DOYEN,	TIXIER.
JEAN LEPINE.	

Vu et permis d'imprimer

Lyon, le 20 Octobre 1933.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
A. LIRONDELLE.

Serment

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et je n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

TABLE DES MATIÈRES

Avant-Propos	9
Introduction	11
<i>Chapitre Premier.</i> — De la valeur des différentes incisions portant sur les voies biliaires	13
<i>Chapitre II.</i> — Observations	25
Conclusions	57

